O ZBOCZENIACH
PRZEGRODY NOSA.

NAPISAŁ

DR. JAN SĘDZIAK,

B. ASYSTENT PRZY ODDZIELE CHORÓB GARDLANYCH I PŁUCNYCH W SZPITALU ŚW. DUCHA W WARSZAWIE.

KRAKÓW.

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1891.

Medyc. pol. 4157

B J G

47258
II

Biblioteka Jagiellońska
1002952465

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ z r. 1891 Nr. 6, 7, 9, 12, 13 i 14.

O zboczeniach przegrody nosa.

Napisał

Dr. Jan Sędziak,

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych w szpitalu św. Ducha w Warszawie.

Pod ogólną nazwą zboczenia rozumieć będę nie tylko skrzywienia (*deviationes*) w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz i te ograniczone częściowe zgrubienia przegrody nosa, które noszą najróżnorodniejsze nazwy, jakoto oście (*spinae*), grzebienie (*cristae*), ostrogi itd.

Historyja. Zboczenia przegrody nosa już od dawna zwracały na siebie uwagę lekarzy. Już bowiem w połowie 18-go wieku Quelmalz napisał o nich monografiję. Od tego czasu liczba prac, specyjalnie o tym przedmiocie traktujących, dosięgła pokaźnych rozmiarów. W ostatniem zwłaszcza dziesięcioleciu zauważyć się daje olbrzymi ruch w tym kierunku. Kolejno zjawiają się prace: Jurasza [1]) (1882), Heymanna, [2]) Huberta, [3]) Kriega, [4]) Gleitsmana, [5]) Cozzolinego, [6]) Baumgartena, [7]) Löwyego [8]) (1886), Boswortha, [9]) Bryson Delawana [10]), Jarvisa [11]), Geo Stokera [12]), Rosenthala [13]), Stana [14]), Garela [15]), Knighta [16]) (1887—1889), wreszcie w ostatnim (1890) roku ujrzały światło dzienne prace: Bronnera [17]), Woakesa i Walshamma [18]), Simanowskyego [19]), Löwego [20]),

Hartmanna [21]), Mourea i Bergoniego [22]). Powyższe prace przedstawiają bądź całe monografije (Huberta, Rosenthala, G. Stokera etc.), bądź tylko przyczynki do etyjologii (Baumgartena, Bryson Delavana etc.), przedewszystkiem zaś do terapii zboczeń przegrody nosa (Jurasza, Stana, Jarvisa, Maurea i Bergoniego etc.). Niektórzy autorowie, jak np. Rosworth, Jarvis etc., kilkakrotnie głos w téj kwestyi zabierali. W ogóle przyznać muszę, że amerykańscy uczeni (Jarvis, Bosworth, obaj z New Yorku) ze szczególnem zamiłowaniem zajmowali się i zajmują kwestyją zboczeń przegrody nosa.

Oprócz wyżéj przytoczonych ważniejszych prac istnieje jeszcze cały szereg mniejszych publikacyj, poświęconych zboczeniom przegrody nosa. Do nich należą prace: Schaeffera [23]), Parkera [24]) (1885), Ronda [25]), Van der Poela [26]), Natiera [27]), Creswell Babera [28]), Hinkera [29]) (1886—1887), Bresgena [30]), Holbrook Curtisa [31]), Ficana [32]) Huntor Mackkenziego [33]), Seilera [34]), Garrigon Desarénesa [35]), Bouchera [36]), Miota [37]), Baratouda [38]) 1888—1889), Jonathana Wrighta [39]), Robertsa [40]), Patrzeka [41]) (1890) i wielu innych.

Dodać winienem, że poglądy niektórych autorów, wyrażone w dyskusyjach nad zajmującym nas tematem, również znalazły uwzględnienie w niniejszéj pracy.

Wreszcie zboczenia przegrody nosa są mniéj lub więcéj szczegółowo traktowane w podręcznikach chorób nosa: Morel Mackenziego [42]) (1884), Mourea [43]), Moldenhauera [44]) (oba w 1886), Voltoliniego [45]) (1888), wreszcie najnowszym Schecha [46]) (1890) i innych, jakoteż w doskonałéj „Anatomii nosa" Zuckerkandla [47]) (1882).

W naszej literaturze, o ile mi wiadomo, istnieje jedyna w tym kierunku praca Stana, który w roku 1888 ogłosił w Przeglądzie Lekarskim spostrzeżenia z kliniki prof. Jurasza w Heidelbergu, jako przyczynek do terapii omawianego cierpienia.

A n a t o m i j a p a t o l o g i c z n a. Zboczenia przegrody nosa należą do niesłychanie częstych. Schech, jeden z najlepszych współczesnych rhinologów, tak się wyraża: „*man kann behaupten, dass kaum ein Mensch eine ganz gerade Nasenscheidewand besitzt.*"

Voltolini, który jeszcze w r. 1861 przeprowadzał odnośne badania, również zaznacza, że prawie we wszystkich przypadkach znajdował mniej lub więcéj wyrażone zboczenia przegrody nosa. Geo Stoker również wyraża wątpliwość co do istnienia prostego septum.

Na zasadzie własnego doświadczenia powyższe zdania Schecha, Voltoliniego i G. Stokera mogę najzupełniej potwierdzić.

Już od dość dawna zwracałem szczególną uwagę na przegrodę nosa, badając ją w każdym przypadku, niezależnie od tego, czy istniały lub nie objawy ze strony nosa. Otóż wyznać muszę, że wyjątkowo tylko byłem w stanie stwierdzić zupełną symetryję przegrody nosa. Miało to przedewszystkiem miejsce u osobników bardzo młodych poniżéj lat 7, co znowu stwierdzałoby pogląd Zuckerkandla, który utrzymuje, że dopiero od roku 7-go przegroda zaczyna mniéj lub więcéj zbaczać.

Ostatniemi zupełnie czasy poddałem ścisłéj analizie 200 przypadków. Rezultaty mych badań są następujące:

W 33 przyp. z ogólnéj liczby 200 zboczenia przegrody nosa, aczkolwiek istniały, były tak nieznaczne, że przypadki te zaliczyłem do kategoryi: „względnie prostych-symetrycznych przegród."

W pozostałych zaś 167 przyp., co stanowi 83,5%, istniały mniej lub więcéj znaczne *deviationes septi*. Muszę tu jednak zaraz dodać, że zaledwie w 15 z nich zboczenia przegrody nosa były tak silnie wyrażone, że same przez się wywołać mogły te objawy, o których poniżéj szczegółowo mówić będziemy. Tym sposobem w kwestyi częstości tego cierpienia jabym się tak wyraził: o ile częstemi są zboczenia przegrody nosa średniego natężenia, o tyle znów stosunkowo rzadko dochodzą one do bardzo znacznych rozmiarów. Jakkolwiek różnią się mniéj lub więcéj znacznie rezultaty cyfrowo, do jakich w odnośnych badaniach doszli różni autorowie, to jednak większość potwierdza ten fakt, że zboczenia przegrody nosa należą do jednych z najczęstszych objawów, przy badaniu nosa napotykanych.

Oto jak się przedstawiają owe dane statystyczne:

1. Zuckerkandl (1872) znalazł *deviationes septi* w 37,8% (na 370 przyp. w 140), 2. Bryson Delavan (1888) w 50,0% [1]), 3. Allen w 68,9% (na 58 przyp.), 4. Theile 73,5% (na 117 przyp. w 71), 5. Morel Mackenzie (1884) 76,9% (na 2152 przyp. w 1657), 6. Jarvis (1888) w 81,0% (na 100 przyp.),

7. Loewenberg w 86,0% [1]), 8 Simanowsky (1890) w 95,0% (na 974 przyp. w 925), 9. P. Heymann (1886) w 96,4% (na 250 przyp. w 241).

Tym sposobem moje wyniki (83,5% t. j. na 200 przyp. w 167) zajmują pośrednie miejsce między rezultatami Jarvisa z New Yorku i Loewenberga z Paryża.

Że Bryson Delavan, zwłaszcza zaś Zuckerkandl, w badaniach swych otrzymali tak mały odsetek w porównaniu z innymi (Simanowsky, Heymann), pochodzi to ztąd, że używali oni do swych badań jedynie preparatów zasuszonych, w których po większéj części brak części chrząstkowéj przegrody nosa, która znów stanowi najczęstsze siedlisko zboczeń. Z drugiej jednak strony badania M. Mackenziego również były dokonywane na preparatach suchych, znajdujących się w Muzeum „Royal College of surgeons.“ Badania te, oparte na kolosalnym materyjale, bo obejmującym 2152 przyp., wykazały znacznie większy niż u Zuckerkandla stosunek asymetrii septi, bo 76,9%.

Niezmiernie ciekawe są badania porównawcze, dotyczące częstości zboczeń przegrody nosa u różnych ras. I tak Zuckerkandl wykazał, że w ogóle u Europejczyków częściej nierównie daje się spostrzegać *asymetria septi*, aniżeli u mieszkańców innéj części świata, mianowicie w stosunku 37,8% na 23,3%. Do tych samych rezultatów doszedł i M. Mackenzie. Autor ten jeszcze większą znalazł różnicę, gdy bowiem na 438 przyp. symetrycznéj przegrody nosa tylko 22,6% przypadało na Europejczyków, resztę (77,4%) stanowili mieszkańcy Afryki, Ameryki, oraz wysp Polinezyi.

Według Bryson Delavana żydzi i słowianie odznaczać się mają szczególną predilekcyją do zboczeń przegrody nosa. Za przypuszczeniem tem przemawiałyby do pewnego stopnia cyfry Simanowskyego z Petersburga i moje (Warszawa).

Nigdzie nie znalazłem wzmianki co do przewagi téj, lub owéj płci w częstości zboczeń przegrody nosa. W moich badaniach przewaga stanowczo była po stronie mężczyzn (na 167 przypadk. asymetrycznego *septum* — 95 stanowili mężczyźni, resztę zaś t. j. 72 przyp. kobiety).

Jeden tylko Simanowsky zwrócił na tę okoliczność uwagę. Doszedł on do tych samych co i ja wyników (na 925 przyp. 337 kobiet, 588 mężczyzn). *Deviationes septi* najczęściej spotykają się u ludzi młodych, między 15 a 25

[1]) Szczegółowych danych nigdzie znaleść nie mogłem.

rokiem życia, stanowiły one w moich badaniach 71 na 167 przyp. czyli 42,5%. Poniżéj 7 lat zboczeń wyraźnych nie widywałem, jakkolwiek niektórzy autorowie, jak Voltolini, Löwe zaznaczają, jakoby widywali je u dzieci 6—5 i 4 letnich, Valsham u kilkomiesięcznych, Patrzek zaś u noworodków; to ostatnie przemawiałoby za tem, że zboczenia przegrody nosa mogą być wrodzone. Tę ostatnią ewentualność, acz rzadko, przypuszczają także: Schaeffer, Woakes i Spicer. Wspomniałem już, jak na tę kwestyję zapatruje się Zuckerkandl. Co do mnie, to również byłbym tego zdania, że zboczenia przegrody nosa mogą być wyjątkowo wrodzone, jakkolwiek wyznać muszę, że sam zboczeń *septi* poniżéj lat 7 nie widywałem prawie.

Zboczenia dotyczą tylko $^2/_3$ przednich przegrody nosa (Zuckerkandl), tylny odcinek zajmuje stale położenie pośrodkowe (*positio mediana*), wskutek tego rozmiary tylnych otworów nosa (*choanae*) są jednakowe. Z tem wszyscy autorowie (Mackenzie, Moldenhauer, Voltolini, Flatau etc.) się zgadzają. Jako unicum pod tym względem istnieje publikacyja Grubera Przypadek bowiem Schausa słusznie przez Voltoliniego jest kwestyjonowany, jako nie stwierdzony badaniem nosa od tyłu (*rhinoscopia post.*), a oparty jedynie na skonstatowaniu niejednakowych choan przy wprowadzaniu cewnika usznego.

Badając we wszystkich, o ile to jest możliwem, przypadkach nos od tyłu lusterkiem krtaniowem, nigdy rzeczywiście nie byłem w stanie zauważyć znacznego zboczenia przegrody nosa w tę lub ową stronę, natomiast w dwóch przypadkach spostrzegałem wyraźnie bardzo lekki stopień *deviationis septi posterioris*, mianowicie raz u 28 letniej kobiety ku prawéj stronie (od przodu znaczniejsze zboczenie również prawostronne); drugi przypadek dotyczył 23 letniego mężczyzny — również prawostronne skrzywienie przegrody nosa od przodu średniego natężenia, od tyłu (stwierdzone również *rhinoscopią post.*) wyraźna, acz bardzo lekka *deviatio dextra*. W ostatnim przypadku istniały jednocześnie bardzo znaczne porosty tylnych końców dolnych muszel.

Co się tyczy zboczeń poszczególnych części, składających przegrodę nosa, to część chrząstkowa t. zw. *cartilago quadrangularis* o wiele częściéj ulega zboczeniom, niż część kostna, na którą się składają blaszka pionowa kości sitowéj (*lamina perpendicularis ossis ethmoidei*) i lemiesz (*vomer*).

Pod tym względem wszyscy autorowie (Heymann, Gleitsmann, Jarvis etc.) jednomyślnie się zgadzają. W moich badaniach również doszedłem do tegoż wyniku. W różny sposób

mniej lub więcéj szczęśliwy, starano się rozklasyfikować zboczenia przegrody nosa. I tak:

I) Loewenberg dzieli je na zasadzie umiejscowienia i kierunku. Odróżnia on więc zboczenia górne i dolne, poziome i pionowe.

Tejże klassyfikacyi trzyma się i Cozzolino.

II. Jarvis z New Yorku dzieli zboczenia na kostne (rzadkie), chrząstkowe (najczęstsze) i kostno-chrząstkowe. Dalej według tegoż autora zboczenia mogą być ograniczone do pewnych części przegrody, lub ogólne, obejmujące całe *septum*.

III. Rosenthal na podstawie badań, na 11 świeżych i 2018 zasuszonych preparatach, rozróżnia 6 rodzajów zboczeń przegrody nosa:

1) proste zgięcie bez zgrubień, 2) skrzywienie *septi* ze zgrubieniem lub wyrostkami, 3) esowate zboczenia w prostopadłym lub przednio-tylnym kierunku, 4) esowate zboczenia jednego, lub drugiego rodzaju z wyrostkami, 5) wyrostki (*cristae*) bez zboczeń przegrody nosa, wreszcie 6) zboczenia zygzakowate.

IV Klasyfikacyja George Stokera z Londynu jest następująca:

1) Zboczenia kątowe (*angular deviations*) w jednéj jamie *septum* zgięte pod kątem, mniéj lub więcéj wyrażonym, w drugiej znajduje się odpowiednia wklęsłość.

2) Zboczenia łukowe (*curved deviations*), septum zgięte łukowato.

3) Zboczenia esowate (*sigmoid deviations*), w obu jamach nosowych kątowe wygięcie przegrody. Autor odróżnia tu jeszcze dwie postacie:

a) z podwójną kątową krzywizną *septi cartilaginosi*

b) z przednim kątem, utworzonym przez część chrząstkową, tylnym zaś przez połączenie części kostnej i chrząstkowéj pod mniej lub więcéj tępym kątem, lub co rzadko ma miejsce przez kąt kostny.

Daléj do zboczeń przegrody nosa zalicza autor jeszcze:

4) t. zw. przemieszczenia (*dislocations*), wreszcie

5) wyrostki (*spurs*, *ontgrowths*), jakoteż zrosty (*adhesions*) i *exostoses*. Najświeższą klasyfikacyję podaje Hartmann na ostatnim (X) Zjeździe międzynarodowym w Berlinie (1890). Odróżnia on:

1) zboczenia ze zgrubieniami septi lub bez takowych,

2) t. zw. listwy (*Leisten*) i

3) ciernistc wyrostki (*dornförmige Vorsprunge*).

Oto są ważniejsze klasyfikacyje zboczeń przegrody nosa. Inne, jak Walshama etc. pomijam Jedne z nich, jak np. Loewenberga, Jarvisa i Hartmana są zbyt ogólne, inne znów, jak Rosenthala i G. Stokera, zbyt są może szczegółowe. Zdaniem mojem jednak klasyfikacyja George Stokera najwięcej zasługuje na zaznaczenie.

Niektórzy autorowie nie silą się na klasyfikacyję. I tak np. Schech w 3-em wydaniu doskonałego podręcznika do chorób gardła i nosa (1890) na str. 240 tak się wyraża: „postacie zboczeń przegrody nosa są niezwykle różnorodne: *septum* opuszcza się w kierunku dna jam nosowych pod postacią amfiteatru. Górna, dolna lub obie części *septi* wygięte, bywają i esowate zboczenia, lub u góry mamy skrzywienie, u dołu ość (*spina*) Nie rzadko górna część wklinowaną jest w dolną (*Infractionsdeviation*).“

Dalej od właściwych skrzywień przegrody nosa oddziela Schech zgrubienia *septi* częściowe (wyrostki, oście), lub tak zw. ościste listwy (*spinöse Leisten*). Co do mnie, to jakkolwiek również wielkim zwolennikiem klasyfikacyj nie jestem, to jednak w danym razie uczyniłbym to w nast. sposób:

I. Deviationes septi narium sensu strictiori, t. j. zboczenia przegrody nosa w ścisłem tego słowa znaczeniu resp. skrzywienia w tę, lub ową stroną. Mogą one być:

a) prawostronne, *b*) lewostronne, *c*) obustronne resp. nosowate (*dev. sigmoides*). Wreszcie *d*) nieprawidłowe (*dev. irregularis*).

II. Zboczenia przegrody nosa pod postacią ograniczonych, częściowych zgrubień resp. wyrostków (oście - *spinae*), grzebienie - *cristae*, zrosty - *synechiae*, *exostoses* etc.). Mogą one być: *a*) przy symetrycznéj, *b*) assymetrycznéj (skrzywionej) przegródce nosa.

Obecnie szczegółowo rozpatrzymy każdą z powyższych postaci zboczeń.

I. Deviationes septi narium sensu strictiori, *a)* prawostronne, *b*) lewostronne. Różnią się jednak zdania autorów, które z nich częściéj spostrzegać się dają. I tak lewostronne skrzywienia *septi* częściej widywali Voltolini, Cozzolino, Gleitsman, daléj Semoleder, który na 35 przyp. w 20 znalazł *deviatio sinistra*, w 15 zaś *dextra*, wreszcie M. Mackenzie, który podaje następujący stosunek 38,9% lewostronnych skrzywień na 28,2% prawostronnych.

Inni natomiast autorowie, jak Jarvis, Loewenberg, Hunter, Mackenzie, częściej znajdowali skrzywienie przegrody nosa ku stronie prawéj. Zuckerkandl również na 140 przyp.

asymetrycznego *septum* w 57 znalazł prawostronne, w 51 zaś przyp. lewostronne zboczenie przegrody nosa. Ostatnia statystyka Limanowskyego również za tem ostatniem przemawia, na 925 przyp. bowiem *deviatio dextra* była w 191 przyp., *sinistra* zaś w 188.

W moich obserwacyjach przegroda nosa nierównie częściéj zbaczała ku stronie prawéj, gdyż na 107 przyp. asymetrycznego *septum* w 62 przyp. istniało prawostronne, w 45 zaś tylko lewostronne zboczenie przegrody nosa. Hunter Mackenzie większą stosunkowo częstość zboczeń prawostronnych *septi* objaśnia w ten sposób, że w większości przypadków są one następstwem urazu, mianowicie uderzeń prawą ręką w lewą połowę nosa, — pogląd zresztą poważnéj nie wytrzymujący krytyki.

Powyższe zboczenia charakteryzują się tem, że przegroda nosa po większéj części w *pars cartilaginosa* jest mniéj lub więcéj znacznie skrzywioną resp. wypukloną ku stronie prawéj lub lewéj. Wypuklenie to może być w kierunku prostopadłym albo przedniotylnym (częściéj), daléj może być ono albo łukowate (*curved deviation* G. Stokera) lub co rzadziéj bywa, tworzy ono mniéj lub więcéj wyrażony kąt (*angular deviation* G. Stockera). Rzecz prosta, że ta połowa jamy nosa, ku któréj zwróconą jest wypukła część przegrody, przedstawia się mniéj lub więcéj znacznie zwężoną, natomiast drugą znajdujemy odpowiednio rozszerzoną. Rozpoznanie tych zboczeń nie przedstawia najmniejszych trudności dla każdego, kto choć w części umie obchodzić się z wziernikiem nosowym. Samo się przez się rozumie, że stopień wypuklenia przegrody nosa bywa niejednakowy. Czasami dewijacyja jest bardzo nieznaczną tak, że na pierwszy rzut oka zdawać się może, że mamy do czynienia z symetryczną przegrodą nosa; przypadki takie w moich obserwacyjach stanowiły około 16,5%. Bywa jednak i tak, że wypukła część przegrody nosa silnie zwęża odpowiednią jamę nosową, a nawet wyjątkowo może ją zupełnie uczynić niedrożną, dotykając zewnętrznéj ścianki nosa. Przypadki takie jednak zdarzają się bardzo rzadko. Na 200 przyp. wyższy stopień *deviationis septi* spostrzegałem zaledwie 15 razy, co stanowi 7·5%. Najczęściéj można napotykać skrzywienia przegrody nosa średniego natężenia.

W mojéj statystyce stanowiły one 152 na 200 przypadków.

W tem miejscu wspomnieć mi należy o pewnéj odrębnéj formie *deviationis septi*, formie, na którą jeszcze w r. 1882 zwrócił uwagę Zuckerkandl.

Mianowicie zdarzyć się może, że przedni dolny brzeg *cartilaginis quadrangularis* nie leży w jednéj płaszczyźnie z *septum membranaceum*, lecz wystaje mniéj lub więcéj znacznie w jednę z jam nosowych. Jestto więc coś w rodzaju przemieszczenia (*dislocatio*) przegrody nosa, które, jeśli jest znacznem, sprowadza mniéj lub więcéj takie same zaburzenia, jak wyższy stopień zwykłego zboczenia *septi*. Częstokroć zaś tylko przyczynia się do defiguracyi i wtedy ze względów estetycznych staje się powodem operacyi, o czem poniżéj. Dwa takie przypadki miałem sposobność spostrzegać ostatniemi czasy. Pierwszy dotyczył 19-letniéj żydówki, drugi 51-letniego urzędnika. W obu przypadkach część chrząstkowa przegrody skierowaną była w lewą stronę. W obu przemieszczenie (*dislocatio*) było średniego natężenia tak, że w małym tylko stopniu wywoływało zwężenie odpowiedniéj (lewéj) jamy nosa. Defiguracyja nosa również w przypadkach tych nie była znaczną.

Przechodzimy obecnie do następnych skrzywień: esowatych i nieprawidłowych. Pierwsze napotykają się stosunkowo rzadko (Moldenhauer), Mackenzie spostrzegał je w 9,5% (na 1657 w 205), Zuckerkandl natomiast znacznie częściéj, bo w 22,8% (na 140 przyp. w 32), Semeleder, podobnież jak Mackenzie podaje 10,2% *deviationis sigmoideae*. Simanowsky natomiast niesłychanie mały podaje odsetek tych zboczeń, mianowicie 1,8% (na 925 przyp. tylko 17). Co do mnie, to również niezbyt często miałem sposobność spotykać esowate skrzywienia, bo na 167 przypadków tylko w 8, co stanowi 4,8%. Charakterystyczną cechą esowatych zboczeń przegrody nosa jest to, że w każdéj jamie nosa przy badaniu wziernikiem znajdujemy miejsca rozszerzone i zwężone odpowiednio do wypuklenia i wgłębienia przegrody nosa. Najczęściéj *septum* jest esowato zgiętem w wymiarze przedniotylnym, czasem pionowym.

Oprócz powyższych postaci zboczeń przegrody nosa, a więc skrzywień prawo i lewostronnych, jakoteż esowatych, istnieje jeszcze cały szereg przypadków, w których pomimo najstaranniejszych badań nie jesteśmy w stanie zboczenia *septi* odnieść do żadnéj z powyższych postaci. Mackenzie nazywa je podobnie jak i Rosenthal niezbyt szczęśliwie „zygzakowatemi“.

Spostrzegał on je bardzo rzadko, gdyż tylko w 5 przypadkach na 1657 (0,23%).

Dla zboczeń tych, zdaniem mojem, najwłaściwszą będzie nazwa: „nieregularne“ (*deviatio irregularis*). O nich

wspomina Mouze. Że spostrzegać się one dają nie tak rzadko, jak chce Mackenzie, dowodzi zarówno statystyka Simanowskyego (na 925 przyp. w 345 to jest 37,3%), jak i moja własna (na 200 przyp. w 52 to jest 26%).

Deviatio irregularis przedstawia się w najróżnorodniejszy sposób, najczęściéj jako kombinacyja różnych typów: a więc zgrubienia ogólne lub miejscowe, różnego rodzaju wyrostki, wreszcie niewyraźne skrzywienia w tę lub ową stronę, oto cechy charakteryzujące ten rodzaj zboczeń przegrody nosa.

Przechodzimy teraz do drugiéj grupy zboczeń *septi.*

II. Ograniczone częściowe zgrubienia przegrody w postaci wyrostków (*spinae, cristae* i t. d.). Zdarzają się one stosunkowo często. I tak M. Mackenzie na 2152 przyp. znajdował je w 673, co stanowi 31,2%, Zuckerkandl na 370 przyp. w 107 t. j. 28,9%. Ja na 200 przyp. spostrzegałem powyższe zboczenia w 47, co stanowi 23,5%.

I tu podobnie jak w zwykłych skrzywieniach przegrody nosa Europejczyczy okazują większe usposobienie; (na 103 przyp. Zuckerkandl znalazł *cristae septi* w 29 przyp. u Europejczyków, podczas gdy tylko 11 przyp. dotyczyło mieszkańców innych części świata).

Zboczenia powyższe nierównie częściéj spostrzegać się dają przy asymetryi przegrody nosa. I tak Mackenzie na 673 przyp. tylko w 85 widział *cristae* przy symetrycznem *septum*, w pozostałych zaś 588 przyp. istniała jednocześnie mniéj lub więcéj wyrażona asymetryja przegrody nosa. Toż samo znalazł i Zuckerkandl, chociaż jego cyfry nie wykazują pod tym względem tak rażącéj różnicy, na 107 bowiem przyp. w 47 było symetryczne, w 60 zaś asymetryczne *septum*. W moich obserwacyjach na 47 przyp. tylko w 3 istniała względnie prosta przegroda nosa. Wobec powyższego bardzo prawdopodobnem jest, że między skrzywieniami (*deviationes*) przegrody a wyrostkami na niéj istnieje jakiś bliższy związek. Woakes stara się to objaśnić w następujący sposób: „podczas wypuklania się przegrody nosa pod wpływem danego impulsu jest tendencyja do przemieszczenia (*dislocatio*) jéj a linii przyczepu. Następstwem tego bywa lekki proces zapalny w powyższem miejscu z następczem zgrubieniem chrząstki i kości. Tym sposobem wyrostki owe (*spurs*) należy uważać jako ochronne twory (*conservative formations*) i jako takie, jeżeli tylko nie dają powodu do żadnych zaburzeń, należy je zostawić w spokoju“. Objaśnieniu temu, dość zresztą prawdopodobnemu, możnaby zarzucić jedno, miano-

wicie, że jakkolwiek najczęściéj, nie zawsze jednak, wyrostki owe zdarzają się przy asymetrycznem *septum* i powtóre nie we wszystkich przypadkach skrzywień przegrody nosa, nawet dość silnie wyrażonych, istnieją takie wyrostki. Wyrostki na przegrodzie mają jakoby częściéj występować według Mackenziego po lewéj stronie (na 673 przyp. 375 z lewéj, 231 z prawéj strony). Zuckerkandl przeciwnie utrzymuje, że widywał je częściéj z prawéj strony (na 107 przyp. 59 z prawéj, 48 z lewéj), z tem ostatniem zgadzają się i moje obserwacyje. Na 47 bowiem przypadków powyższych zboczeń w 26 występowały one z prawéj, a 20 z lewéj strony. W przypadkach Mackenziego *cristae septi* częściéj występowały od strony wypukłéj przy asymetrycznéj przegrodzie nosa (na 588 przyp w 414, podczas gdy od wklęsłéj tylko w 107). Woakes sądzi przeciwnie. Ja również o wiele częściéj je widywałem od strony wklęsłéj (na 47 przyp. w 27, z wypukłéj zaś tylko w 14 przyp., wreszcie w 5 istniało nieprawidłowe zboczenie *septi*). Jednakże rzadko także zdarzyć się może i symetryczne z obu stron zgrubienie (Voltolini, George, Stoker, Bosworth). W jednym przyp., dotyczącym 42 letniego mężczyzny, przy lewostronnem dość znacznem skrzywieniu przegrody nosa istniały z obu stron równolegle do dolnych muszel wzdłuż całéj przegrody się ciągnące listwy.

Zuckerkandl wspomina o możliwości podwójnych (jeden nad drugim) wyrostkach (*cristae*). Dwa podobne przypadki miałem sposobność spostrzegać. Jeden dotyczył 15-letniego ucznia gimnazyjum z bardzo znacznem skrzywieniem przegrody nosa ku stronie prawéj. W lewéj jamie nosa znalazłem znacznie wystającą listwę dolną, naprzeciw dolnéj muszli nosa, druga nieco mniéj wyrażona listwa ciągnęła się wzdłuż przegrody nosa powyżéj pierwszéj na wysokości średniéj muszli. Między obu listwami znajdowała się głęboka nieprawidłowa brózda. Drugi przypadek był zupełnie analogiczny (34-letni mężczyzna, *deviatio septi dextra majoris gradus*, dwie *cristae* z lewéj strony w podobnyż umiejscowione sposób).

Podobnie, jak i skrzywienia przegrody nosa, wyrostki o wiele częściéj dają się spostrzegać u mężczyzn, niż u kobiet (Mackenzie).

Na 47 przypadków moich tylko 13 było kobiet, resztę (34) stanowili mężczyzni. Rozróżniamy następujące postacie owych ograniczonych zgrubień: są to więc, albo: 1) oście (*spinae*), w 23 na 47 moich przypadków, albo: 2) grzebienie (*cristae*), lub ościste listwy (*spinöse Leisten*), jak je Schech

nazywa. Stanowiły one 24 na 47 moich przypadków. Pierwsze są to właściwe wyrostki, więcéj zaokrąglone, albo więcéj spiczaste. Znane są pod różnemi nazwy: oście, ostrogi i t. d.

Najczęstszem siedliskiem ich jest przedni odcinek przegrody, w części chrząstkowéj, u wejścia, powyżéj dna jam nosowych, naprzeciw dolnéj muszli nosa. Rzadziéj spotykają się one w części kostnéj przegrody, rzadziéj w średniéj części naprzeciw muszli średniéj. Wielkość tych wyrostków bywa różna: od zaledwie widocznéj wyniosłości, aż do narośli sięgających odpowiednich muszel resp. zewnętrznéj ścianki nosa.

W tym ostatnim razie drożność nosa może być zupełnie zniesioną. Często, jak to już powyżéj wspomniałem, może istnieć jednocześnie skrzywienie przegrody nosa pod jedną z wyżéj przytoczonych postaci. Wyrostki takie stosunkowo często (w połowie moich przypadków) przebiegały wzdłuż całéj przegrody nosa, wtedy widzieć ich można niekiedy i przy pomocy rhinoskopii tylnéj, tworzące tak zw. przez Schecha ościste listwy wogóle znane są pod nazwą grzebieni (*cristae*). Są to więc piramidalne twory o podstawie mniéj lub więcéj szerokiéj, wierzchołku mniéj lub więcéj zaostrzonym. Najczęściéj przebiegają one, jak i osie, w dolnym odcinku przegrody mniéj lub więcéj równolegle do dolnéj muszli nosowéj. Rzadziéj spotykać się dają w średnim odcinku, równolegle do średniéj muszli. Czasami odpowiednie muszle noszą na sobie ślad ucisku owych tworów w postaci brózd, wskazujących na zanikowy proces w tych miejscach.

Hartman, jako najczęstsze miejsca, w których się wyrostki pod obiema postaciami znajdują, podaje następujące: miejsca połączenia: 1) lemiesza i chrząstki (*vomer* i *cartilago quadrangularis*). 2) lemiesza i blaszki pionowéj kości sitowéj, wreszcie 3) *Cartilaginis quadrangularis* i *laminae perpendicularis ossis ethmoidei*. Sandman przypuszcza, że przebiegający w kierunku poziomym grzebień (listwa) powyżéj dna jam nosowych tworzy się z chrząstek normalnie istniejącego w tem miejscu organu Jacobsona. Z przypuszczeniem tem nie zgadza się Herzfeld. Wspominałem już, jak na powstawanie tych wyrostków zapatruje się Woakes.

Exostoses są to według Löwego przerosty normalnych: 1) tak zw. wyniosłości (*Prominenz*) Schwalbego i 2) tak zw. organu Jacobsona. Po większéj części nie wywołują żadnych objawów. George Stoker dzieli je na miękkie i twarde

(*cancellous* i *ivory*), te ostatnie rzadziéj się zdarzają. Tworzą one czasami zrosty (*synechiae*) z przeciwległemi muszlami.

Zrosty takie stosunkowo dość często zdarzają się po operacyjach galwanokaustycznych. W jednym z moich przypadków, dotyczącym 32-letniego mężczyzny, u którego prawą średnią muszlę, polipowato zwyrodnioną, usunąłem pętlą gorącą, po kilku miesiącach przypadkowo skonstatowałem zrost pozostałéj części muszli z odpowiednim odcinkiem przegrody bez najmniejszych zresztą objawów subjektywnych.

Etyjologia. Przyczyny zboczeń przegrody nosa wogóle są dotąd jeszcze ciemne (Mackenzie, Voltolini itd.). O tem, jak różni autorowie zapatrują się na kwestyję, czy zboczenia te są wrodzone (Patrzek, Duplay, Schaeffer, Woakes, Spicer, Ges Stoker) lub nabyte (po 7 roku życia), jak utrzymuje Zuckerkandl, w innem już miejscu obszernie mówiłem.

Niektórzy, jak Jarvis, Gleitsman, Hinker itd. przypuszczają dziedziczność. Do najczęstszych przyczyn, jakie wywołać mogą zboczenia przegrody nosa, zaliczyć przedewszystkiem należy:

1) Uraz. Większość autorów (Ziem, Bresgen, Bosworth, Schaeffer, Woakes, Walsham, Voltotini, G. Stoker, Moure itd.) momentowi temu przypisuje jedyne lub pierwszorzędne znaczenie. Już w życiu wewnątrzmacicznem (nieprawidłowe położenie płodu), lub podczas samego aktu porodowego (niezręczne wydobycie płodu narzędziami itd.) moment urazowy może do pewnego stopnia sprzyjać rozwojowi tych zboczeń (G. Stoker, Patrzek). Lecz bez zaprzeczenia wiek dziecięcy przedstawia do tego najwięcéj sposobności: zwłaszcza pierwsze próby chodzenia o własnéj sile wywołują cały szereg upadków. Zwykle przytem cierpi nos, resp. przednia część (Moure). W wieku dziecięcym również często zdarzają się uderzenia w twarz i znowu najczęściéj nos, resp. *septum* na tem cierpi.

Na 200 przypadków moich, 9 chorych z całą stanowczością, jako przyczynę zboczeń przegrody nosa podało uraz w dziecięctwie.

Że *deviatio septi* może być wywołaną przez sypianie na jednéj stronie, jak chce Welcker, lub zwyczajem wycierania nosa jedną tylko ręką, dłubaniem w jednej dziurce, jak chce Cloquet, jest więcéj niż problematycznem. Moldenhauer uważa to wprost za nieprawdopodobne.

Czy długotrwały ucisk na przegrodę nosa, wywołany obecnością w jednéj jamie guzów, może być powodem zbo-

czenia *septi*, trudno przesądzać, jakkolwiek prawie we wszystkich moich przypadkach z powyżéj przytoczonych 200, gdzie z jednej strony znajdowały się kolosalne ilości polipów oddawna istniejących, znalazłem jednocześnie mniéj lub więcéj znaczne nachylenie przegrody nosa ku stronie przeciwnéj. Rodzi się jednak wątpliwość, czy w przypadkach tych przeciwnie zboczenie *septi* nie było raczéj powodem wytworzenia się owych polipów, jako następstwa nieżytu nosa przewlekłego.

Z tem wszystkiem wychodząc z powyższéj zasady, Baumgarten postawił swoją hypotezę, którą nazwijmy „uciskową“: u starszych dzieci dolna muszla (częściéj prawa) powiększona, dotykając przegrody nosa, wywiera na nią stopniowy ucisk, następstwem czego jest wygięcie *septi* ku stronie przeciwnéj (częściéj lewéj). Zboczenie owe *septi* bywa najwięcéj wyrażone tam, gdzie muszla najwięcéj jest przerośniętą, a więc w przednim odcinku (*pars cartilaginosa septi*). Esowate skrzywienie objaśnia Baumgarten jednoczesnym uciskiem dolnéj i średniéj muszli. Fakt, że tylny odcinek przegrody pozostaje niezmienionym, tłomaczy autor tem, że tylne odcinki muszel mają gdzie się rozrastać. Jako potwierdzenie swéj hypotezy przytacza Baumgarten ten fakt, że przy zanikowych postaciach nieżytu nosa *septum* stosunkowo często bywa symetrycznem, co na mocy własnego doświadczenia stwierdzić mogę. Woakes również kładzie nacisk na ten fakt, że przy jednakowych przerostach muszel nie widywał zboczeń *septi*, a przy nierównych obustronnych przerostach zboczenie było w kierunku strony z mniéj przerosłą muszlą nosa.

Pogląd Baumgartena, mający na pierwszy rzut oka cechy prawdopodobieństwa po bliższem rozpatrzeniu nie wytrzymuje krytyki, chociażby już z tego względu, że istnieje cały szereg przypadków, gdzie, obok dość znacznych nawet zboczeń przegrody nosa, niema przerostu muszel i *vice versa:* są przypadki z kolosalnie przerosłemi, dotykającemi przegrody nosa muszlami jedno lub obustronnemi przy symetrycznem zupełnie *septum.*

W moich przypadkach na 200 w 80 tylko istniały mniéj lub więcéj wyrażone przerosty muszel, bądźto dolnych, bądź średnich, z jednéj lub obu stron, w pozostałych 120 przypadkach muszle były normalnéj wielkości lub nawet w różnych fazach zaniku.

Löwy i Schech również odmawiają słuszności poglądowi Baumgartena.

Do II-éj kategoryi przyczyn, wywołujących zboczenia przegrody nosa odnieść należy: nierównomierny rozwój części składowych *septi*. Zwolennikami teoryi téj między innymi są Schaus, Roser, Walsham, Stewart, wreszcie Schech, który tak się wyraża: „gdy chrząstka (*cartilago quadrangularis septi*) rośnie w stosunku do kości (*vomer* i *lamina perpendicularis ossis ethmoidei)* szybciéj i silniéj, musi się ona z boku wygiąć, nie mogąc tego uczynić w kierunku ku górze i dołowi. Jeśli rośnie ona jeszcze daléj, tworzą się oście i ościste listwy".

Voltolini teoryi téj zarzuca, że jest niejasną, bo jakaż jest przyczyna tego nierównomiernego rozwoju? Jako taką niektórzy (Löwy) podają krzywicę (*rhachitis*), inni (Bronner) robi odpowiedzialnemi wyrośla adenoidalne. Ten ostatni pogląd nie wytrzymuje krytyki. Na 200 moich przyp. zaledwie w 12 obok zboczeń przegrody nosa istniały jednocześnie i wyrośla adenoidalne, najprawdopodobniéj jako powikłanie tylko tego cierpienia.

Woakes również tworom tym nie przypisuje żadnego ważniejszego znaczenia na powstawanie *deviationis septi.*

Już daleko więcéj prawdopodobnem jest przypuszczenie Löwyego.

Wogóle co do etyjologii zboczeń przegrody nosa, zdaniem mojem, należy w pewnych przypadkach przypuścić urazowe (traumatyczne) pochodzenie tego cierpienia, w przeważnéj jednak liczbie przypadków musimy przypuścić nierównomierny rozwój części, składających przegrodę nosa, jako etyjologiczny moment w powstawaniu zboczeń téj przegrody.

Dodać tu jeszcze winienem, że i niektóre sprawy chorobowe, n. p. przymiot i wilk mogą w następstwie spraw bliznowatych (retrakcyjnych) wywołać zboczenie przegrody nosa (G. Stoker). Casselbery *deviationes septi* przy jednostronnym nieżycie przewlekłym nosa czyni zależnym od zwiększonego ciśnienia atmosfery.

O b j a w y zależne od zboczeń przegrody nosa są niezwykle różnorodnéj natury i w pierwszéj linii zależą od stopnia (natężenia) cierpienia. I tak przy nieznacznych niepowikłanych zboczeniach — najczęstszych, jak to poprzednio wykazaliśmy, zazwyczaj brak wszelkich objawów tak, że tylko przypadkowo o cierpieniu tem się dowiadujemy. Na 200 moich przypadków w 92, a więc prawie w połowie, chorzy szukali méj porady nie dla cierpienia nosa, gdyż brak był zupełnie objawów ze strony tego narządu, lecz dla zaburzenia ze strony innych organów, jak

gardła, krtani i uszu. Ciekawym jednak jest ten fakt, że w 5 na 15 przypadków, w których *deviatio septi* było bardzo silnie wyrażone, chorzy również nie szukali méj porady na nos, lecz na jeden z powyższych narządów. Wskazuje to, jak należy być ostrożnym w ocenianiu zboczeń przegrody nosa, a przedewszystkiem we wskazaniach dla operacyjnéj interwencyi.

Przy nieznacznych, lecz skomplikowanych przypadkach *deviationis septi*, objawy mogą zależeć od owych komplikacyj, a więc najczęściéj przerosłych muszel (na 200 przyp. w 80), rzadziéj już wyrośli adenoidalnych (na 200 w 12 przyp.) lub polipów (na 200 przyp. w 5).

O powikłaniu zboczeń przegrody nosa przerostem muszel wspominają również Bryson Delavarde i Jarvis. Gleitsman utrzymuje, że najczęściéj bywają przerosłe średnie muszle, z czem ja się nie zgadzam, gdyż w moich przypadkach częściéj znajdowałem przerost dolnych muszel.

Przy średnich, a jeszcze więcéj znacznych zboczeniach przegrody nosa, jama nosa odpowiadająca wypukłości *septi*, jest mniéj lub więcéj zwężoną, względnie niedrożną dla powietrza. Acz bardzo rzadko, może ona jednak zatykać zupełnie światło odpowiedniéj jamy nosa, jeśli wypukłością swą dotykać będzie ścianki zewnętrznéj nosa resp. muszel. Czasem się zdarza, że i zewnętrzne wejrzenie nosa przedstawia się mniéj lub więcéj znacznie zmienionem: nos nachyla się w tę lub ową stronę (według Zuckerkandla przy zboczeniu *septi ossei* resp. jéj przedniéj części, zbacza i *septum cartilaginosum*, co i wpływa na część chrząstkową nosa).

Objawy, wywołane zaburzeniami przegrody nosa dają się podzielić na dwie główne grupy: 1) zależne od zatkania nosa resp. mechaniczne; 2) zależne od ucisku na nerwy, t. zw. odruchowe.

Co się tyczy pierwszych, to można stanowczo przypuścić, że *deviationes septi* stanowią jednę z najczęstszych przyczyn nieżytów nosa i jamy nosogardzielowéj ze wszystkiemi ich następstwami. Rzecz prosta, że mowa tu tylko o znaczniejszych stopniach zboczeń przegrody nosa. I tak po za miejscem zwężonem w odpowiedniéj jamie nosowéj, zwężeniem zależnem od skrzywienia lub wyrostka przegrody, ciśnienie atmosferyczne jest mniéj lub więcéj zmniejszone, stąd przekrwienie i obrzmienie błony śluzowéj, zwłaszcza zaś tych części jéj, które pokrywają muszle, co prowadzi do przewlekłych przerostów tych ostatnich.

Przy bardzo znacznych stopniach *deviationis septi* nie tylko w zwężonéj jamie występują opisane powyżéj zmiany, lecz i w drugiéj (rozszerzonéj), która otrzymuje całą ilość powietrza, przeznaczoną dla obu jam nosa.

Jako następstwa tego utrudnionego oddechania przez nos wymienić należy cały szereg objawów, jak oddechanie z ustami otwartemi (we dnie i w nocy), stąd owe bardzo nieprzyjemne dla chorych uczucie zasychania ustawicznego w gardle, wywołanego zmianami zanikowemi błony śluzowéj i jéj gruczołowych elementów, jednem słowem występuje tu ta postać cierpienia, którą znamy pod nazwą *„pharyngitis sicca"*. Czasami zaś przeciwnie elementy gruczołowe błony śluzowéj gardziela ulegają wskutek podrażnienia przerostowi i wtedy mamy do czynienia z t. zw. *pharyngitis granulosa s. follicularis*. Nierzadko do uczucia zasychania dołącza się jeszcze chrapanie, sen niespokojny itd. Daléj wskutek nieżytowego stanu błony śluzowéj nosa wydzielina staje się obfitszą. Ponieważ zaś wydalenie jéj *per vias naturales*, t. j. przednie otwory nosa, jest mniéj lub więcéj utrudnione wskutek zwężenia wywołanego zboczeniem *septi*, przeto wydzielina ta zatrzymuje się, nagromadza w zbyt wielkiéj ilości po za miejscem zwężonem, zasycha tam, staje się gęstszą, zmienia się jéj barwa na brudno szarą, tworzą się strupy, które się rozkładają, czego rezultatem jest zazwyczaj foetor, jednem słowem następuje cały szereg zmian zanikowych na błonie śluzowéj nosa, zmian, noszących nazwę *rhinitis atrophicans, ozaena*.

Jako więcéj oddalone zmiany spotykamy w tem cierpieniu zmiany na błonie śluzowéj krtani, która ulega również przewlekłemu nieżytowi wskutek drażnienia powietrzem, pozbawionem zwykłéj wilgoci i czystości, jakie zyskuje przechodząc przez normalne jamy nosowe.

Co się tyczy innych objawów, to krwawienie z nosa (*epistaxis*) stosunkowo rzadko bywa następstwem zboczeń przegrody nosa. Najczęściéj powstaje ono wskutek zranienia miękkich części nosa (najczęściéj muszel), ma to zwłaszcza miejsce, gdy oście lub ościste listwy dotykają ostrym kantem przeciwległych muszel (Mackenzie).

Anosmia również może być bezpośrednio następstwem zboczeń *septi*, jak tego dowodzi przypadek Parkera. Powstawać ona może w ten sposób, że przy znacznéj *deviatio septi* substancyje woniejące mogą nie dochodzić do *regio olfacioria*.

Dalėj zboczenia przegrody stanowią często przeszkodę w wykonywaniu niektórych operacyj w nosie (np. polipów, przerosłych muszel), a nawet w pewnych razach utrudnia badanie resp. wprowadzenie wziernika nosowego.

Wreszcie zboczenia przegrody nosa wywierać mogą ujemny wpływ na stan uszu w podwójny sposób; wywołując nieżyt nosa ewent. rozszerzenie się sprawy na trąbkę Eustachiusza lub ucho środkowe, a powtóre istniejące, jako powikłania, sprawy chorobowe trąbki lub jamy bębenkowėj nie dają się skutecznie (np. za pomocą kateteryzacyi) leczyć.

Według M. Mackenziego i Browna zboczenia przegrody mogą wpływać ujemnie na głos.

Do II-ėj kategoryi objawów należy odnieść szereg t. zw. odruchowych. Baratoux i Heryng przypuszczali nawet istnienie oddzielnėj *„zona reflectoria“* w tylnym odcinku przegrody, gdyż dotknięcie tego miejsca sondą wywoływało owe zwrotne objawy (kaszel, kichanie itd.) Obecnie jednak powszechnie przyjętym jest pogląd B. Fraenkla, że odruchy występować mogą z każdego punktu nosa.

Do objawów odruchowych odnieść należy: kichanie (przyp. Natiera), kaszel, uczucie zaduszania (Wood), astmatyczne napady (Heymann), dalėj łzawienie, spazm oka, bóle u podstawy nosa, czołowe. Ciekawy przypadek przytacza Bartual: po usunięciu (galwanokaustycznem) zboczenia przegrody znikły bóle, świdrujące w części chrząstkowėj występujące uporczywie przy jedzeniu i mówieniu.

Bóle w obrębie nerwu twarzowego i trójdzielnego nierzadko bywają następstwem owych zboczeń Heymann wspomina o *paraesthesia pharyngis*, zależnėj od *deviatio septi narium*. Długotrwała bezsenność w przypadku Creswell Bobera ustąpiła po usunięciu zboczenia przegrody nosa.

Tu po części odnieść można ciekawy przypadek Schecha nerwicy naczynioruchowėj wydzielniczėj: młody człowiek po upadku na nos zaczął doznawać przy każdem podwyższeniu ciepłoty dziwnego, niezwykle obfitego pocenia się końca nosa, tak że pot formalnie kroplami spływał, a lekkie nawet potarcie końca nosa wywoływało obfite krwawienie. Objektywnie dało się wykryć zboczenie przegrody oraz silne rozgałęzienie naczyń chrząstkowėj części przegrody.

R o z p o z n a n i e zboczeń przegrody nosa, w obec powyższych danych, nie powinno zdaje się napotykać na żadne trudności. Minęły bezpowrotnie te czasy, kiedy *deviatio* i *cristae septi* brano za nowotwory (polipy), jak o tem

wspominają Velpeau i Zuckerkandl, a nawet jako takie operowano (Voltolini).

Rokowanie w większości przypadków dobre. Skoro tylko mamy pewność (względną), że dane objawy czy to bezpośrednio od zboczeń przegrody zależne, czy to odruchowe, rzeczywiście wywołane są owemi zboczeniami wtedy leczenie racyjonalne (chirurgiczne) po większéj części usuwa raz na zawsze powyższe objawy.

Leczenie zboczeń przegrody nosa podzielić można na: 1) objawowe (palliatywne), polegające na usuwaniu następstw, a więc nieżytu przewlekłego nosa itd.

2) radykalne, polegające na usunięciu samego zboczenia. To ostatnie znowu może być: a) ortopedyczne t. j. prostowanie przegrody nosa za pomocą specyjalnych instrumentów; b) operacyjne, mające na celu usunięcie zboczenia drogą krwawą.

Przejście od ortopedycznego do operacyjnego (krwawego) leczenia stanowią: 1) żegadła galwaniczne i 2) elektroliza.

Co się tyczy leczenia objawowego, to o niem mówić tu nie będę, nie wchodzi to bowiem w zakres niniejszéj i tak już zbyt może obszernéj pracy. Dodać tu tylko muszę, że w przypadkach zboczenia przegrody powikłanych, czy to przerostami znacznemi muszel, czy to polipami, czy wreszcie wyroślami adenoidalnemi, te ostatnie cierpienia przedewszystkiem usuniętemi być winny.

Przystępując obecnie do radykalnego leczenia zboczeń przegrody nosa, muszę zaznaczyć, że niektórzy autorowie, (przeważnie amerykańscy, jak n. p. Bosworth i Jawis z N.-Yorku) przeceniają zdaniem mojem doniosłość *deviationis septi*, a co zatem idzie może zbyt często uciekają się do leczenia radykalnego. Starałem się na początku niniejszéj pracy wykazać, że cierpienie to jest niesłychanie częstem, że asymetryczną przegrodę nosa można do pewnego stopnia uważać za prawidło, symetryczną zaś za wyjątek, że prawdopodobnie *deviatio septi* w mniejszym lub większym stopniu istnieje od lat najmłodszych.

Otóż częstość ta nie jest bynajmniéj w stosunku prostym do zaburzeń funkcyjonalnych, jako następstw zboczeń przegrody nosa.

Przeciwnie chorzy stosunkowo rzadko skarżą się na owe zaburzenia, zboczenie zaś *septi*, częstokroć nawet bardzo znaczne, przypadkowo tylko się wykrywa.

Rodzi się więc kwestyja pierwszorzędnéj wagi, czy w przypadkach znacznych zboczeń przegrody nosa, nie wywołujących jednakże poważniejszych dla chorego zaburzeń, należy zboczenia owe usuwać na drodze operacyjnéj lub nie? Zdaniem mojem nie należy tego czynić i wogóle powodować się w tych razach nie tyle natężeniem saméj sprawy chorobowéj, ile rodzajem i stopniem zaburzeń, jakich zboczenia te są przyczyną. I dla tego to częstokroć zdarzyć się może, że wypadnie nam przystąpić do radykalnego leczenia tam, gdzie *deviatio septi* jest mało wyrażona, gdzie natomiast daje ona faktycznie powód do funkcyjonalnych zaburzeń i *vice versa*. Stąd potrzeba bardzo ścisłych wskazań, na co już zwracali uwagę niektórzy autorowie, jak n. p. Kinght, Moure, Hartmann i inni. I dla tego to obecnie przechodzę do owych wskazań.

I-szem i najważniejszem są zaburzenia ze strony oddechania. Sądzę, że w dostateczny sposób skreśliłem obraz tych zaburzeń, mówiąc o objawach, będących następstwem zboczeń przegrody nosa. I dla tego to powtarzać ich tu nie będę. Nietrudno zdaje się zrozumieć, dla czego przy postawieniu wskazań dla operacyjnego leczenia zboczeń nosa, zaburzenia oddechowe umieściłem na pierwszem miejscu. Z drugiéj jednak strony i w ocenieniu owych zaburzeń należy nam być bardzo ostrożnymi, powinniśmy mieć absolutną, o ile to jest możliwem, pewność, że te objawy zależą od danego cierpienia resp. *deviationis septi*, że nie są one wywołane obecnością innych spraw chorobowych, wikłających dane cierpienie, że zatkanie nosa nie jest wywołanem n. p. obecnością guzów w jamie nosogardzielowéj. Rzecz prosta, że w tych warunkach usunięcie zboczenia przegrody nosa, nie usunie nam owych zaburzeń; tym sposobem względem chorego zawinimy, żeśmy niepotrzebnie narazili go na bądźcobądź bolesną operacyją.

II-em niemniéj ważnem wskazaniem do radykalnego leczenia zboczeń przegrody nosa stanowią owe objawy zwrotne odruchowe, o których wyżéj szczegółowo mówiłem, a więc kaszel, astmatyczne napady, najróżnorodniejsze nerwobóle itd. Powiedziałem „niemniéj ważnem“, gdyż rzeczywiście objawy te, po większéj części lata całe trwające i w wysokim stopniu chorego niepokojące, wszelkiemu leczeniu objawowemu się nie poddają i tylko leczenie przyczynowe resp. usunięcie zboczenia *septi* do celu prow dzi. Jeżeli jednak przy pierwszem wskazaniu należy zachowywać pewne ostrożności, to tem bardziéj tyczy się to drugiego.

Rzeczywiście od czasów Hacka, tego entuzyjastycznego propagatora teoryi odruchowéj, dużo się w pojęciach naszych zmieniło. Coraz częściéj odzywają się głosy, przeciw téj teoryi przemawiające. Nie zawsze astma, nerwoból itd., mające jakoby swe źródło w zboczeniu przegrody nosa, ustępują po ego usunięciu.

Niedość na tem, istnieją publikacyje donoszące nam, że po niektórych operacyjach w nosie wystąpiły owe nieprzyjemne dla chorych zaburzenia, jak astma itd.

Wobec tego przystępując do leczenia owych zaburzeń przez usunięcie *deviationis septi*, nie powinniśmy absolutnie stawiać pomyślnego rokowania, jeżeli nie chcemy się wobec chorego zdyskredytować.

Do mniéj ważnych wskazań należy zaliczyć:

III. zaburzenia ze strony słuchu, zależne od zboczeń przegrody nosa, jakoteż przeszkoda w leczeniu już istniejącego cierpienia ucha.

IV-te wskazanie stosunkowo bardzo rzadko ma miejsce, mianowicie: przy operajacych polipów nosa znacznie wystający wyrostek (ość, lub grzebień), rzadziéj skrzywienie *septi* utrudnia, lub zupełnie uniemożliwia wprowadzenie odnośnych instrumentów (n. p. pętli).

Również rzadko zmuszeni jesteśmy zadosyć uczynić ostatniemu

V-mu wskazaniu estetycznemu. Nierzadko uraz spowodować może nietylko zwykłe *deviatio septi*, lecz i asymetryję nosa, mniéj lub więcéj wyrażoną Stosunkowo często li tylko w celach kosmetycznych stosuje się resekcyję *septi* w przypadkach powyżéj przezemnie opisanych, gdzie wolny brzeg *septi cartilaginosi* nie znajduje się na jednym poziomie z *septum membranaceum*, wystając mniéj lub więcéj znacznie do światła jednéj z jam nosowych. W przypadkach tych obok upośledzonéj drożności nosa, wzgl. mniéj lub więcéj wyrażonych zaburzeń oddechowych, istnieje do pewnego stopnia zniekształcenie nosa, co i bywa najczęściéj powodem szukania porady lekarskiéj.

Załatwiwszy się w ten sposób ze wskazaniami przechodzę obecnie do saméj operacyi. Zaczynam od metod ortopedycznych:

Jeszcze Quelmalz w połowie 18 go wieku zalecał naciskanie palcem końca nosa, naciskanie kilkadziesiąt razy powtarzane, ku stronie przeciwnéj skrzywieniu. W 100 lat potem metoda ta znalazła zwolennika w Michelu. Procedura to je-

dnak zbyt jest niewinną, aby się po niéj jakiegoś skutku spodziewać można.

Również nie wiele pożytku spodziewać się należy od zastosowania blaszkownicy, rur gumowych, różnego rodzaju *bougies* (Mackenzie używa owalnych, George Stoker wklęsło-wypukłych), daléj tamponów z waty, wprowadzanych do zwężonéj jamy na kilka godzin lub dzień cały (Jurasz, Hubert), jakoteż ścieśnionego powietrza (Massei, Bouchez).

Wszystkie te metody mogą być jedynie z pewną korzyścią stosowane w świeżych zupełnie, traumatycznego pochodzenia zboczeniach *septi cartilaginosi*, zwłaszcza u dzieci. W przypadkach zastarzałych, przy zboczeniach w części kostnéj przegrody u dorosłych, metody te mogą jedynie mieć znaczenie drugorzędne, pomocnicze, mianowicie po dokonanéj operacyi krwawéj dla utrzymania nadal w danéj pozycyi *septi*.

Wielki krok naprzód w ortopedycznéj technice stanowi instrument Adams - Jurasza, który ma dosyć zwolenników (Rosenthal itd.), choć nie brak mu i przeciwników (G. Stoker, Krieg itd.).

W r. 1875 Adams skonstruował kleszcze, służące do wyprostowania *septi cartilaginosi*. W 7 lat potem (1882) Jurasz polak, prof. laryngologii w Heidelbergu udoskonalił przyrząd w ten sposób, że łyżki (nieruchome w przyrządzie Adamsa) odejmują się od kleszczy przez naciśnięcie na sprężynę *ad hoc* pomyślaną. Ma to na celu umożliwienie pozostawienia *in situ* danego instrumentu. Łyżki łączą się ze sobą za pomocą śrubki. Prócz tego ramiona kleszczy zamykają się w sposób, jak to ma miejsce w kleszczach porodowych.

Technika operacyjna jest następująca: po znieczuleniu kokainą całéj części chrząstkowéj przegrody nosa, gdyż rękoczyn jest bardzo bolesny, wprowadza się oddzielnie połowę kleszczy do odpowiedniéj jamy nosa w ten sposób, że płaskie łyżki (uprzednio pokryte dość obfitą warstwą waseliny jodoformowéj) obejmują z obu stron wygięte *septum*, a ramiona kleszczy na krzyż w zwykły sposób ze sobą się łączą. Wtedy za pośrednictwem śrubki łączymy obie łyżki, które w miarę coraz większego przyśrubywowania wywierają stopniowo wzrastający ucisk na skrzywioną przegrodę nosa. Potem przez naciśnięcie sprężyny odejmujemy oba ramiona kleszczy, pozostawiając tym sposobem *in situ* łyżki na 1—2 a nawet 3 dni i dłużéj (rzadko) stósownie do tolerancyi chorego, gdyż jest to operacyja nie zwykle nieprzyjemna i bolesna, jakoteż stosownie do miejscowego odczynu (reakcyi) ze strony samego *septum*. Przytem codziennie na-

leży wdmuchiwać w obie jamy nosa jakikolwiek proszek antiseptyczny (ja używam stale mięszaniny iodolu z kokainą 10:1). Po wyjęciu łyżek, co łatwo daje się uskutecznić przez odkręcenie śrubki, uważnie należy obejrzeć przegrodę nosa, na któréj czasami wytworzyć się może odleżyna stale zaś mniéj lub więcéj wyrażony proces zapalny na błonie śluzowéj przegrody. Daléj całą powierzchnię *septi* z obu stron doskonale obsypać należy proszkiem desinfekcyjnym (jak powyżéj), które to insuflacyje powtarzać należy codziennie przez dni kilka, to jest aż do zupełnego ustąpienia objawów reakcyjnych. Jako pomocniczych instrumentów w celu utrzymania wyprostowanéj przegrody w nadanéj mu forsownie pozycyi, Jurasz używa oliwek z kości słoniowéj różnéj wielkości i grubości, które następczo to jest po usunięciu łyżek wstawiają się do jam nosowych.

Szczegółowo całéj téj manipulacyi miałem sposobność się przyjrzeć podczas mego dłuższego pobytu w Heidelbergu.

Mniéj lub więcéj szczęśliwe modyfikacyje kleszczy Adamsa podali również Delstanche z Brukselli, G. Hope, Cozzolino z Neapolu, Elsberg itd.

Zdaniem mojem instrument Jurasza ma nad niemi wyższość i co do mnie, jedynie go używam. Nie mogę tu pominąć mego zdziwienia, że w jednéj z lepszych monografij o zboczeniach przegrody nosa George Stokera (z roku 1888) nie znajduję o Juraszu ani wzmianki.

Obecnie wypada mi wyrazić mój pogląd na metodę prostowania przegrody za pomocą kleszczy Jurasza. Otóż winienem zaznaczyć, że rzeczywiście w pewnych acz rzadkich przypadkach metoda ta daje wcale niezłe rezultaty. Mianowicie wskazaną jest ona przedewszystkiem dla skrzywień w części chrząstkowéj przegrody, zwłaszcza zaś esowatych, daléj u młodszych indywiduów w niezbyt zastarzałych przypadkach, wreszcie w przyp. *deviationis septi sensu strictiori*, to jest bez zgrubień (*spinae cristae* itd.) Z drugiéj jednak strony nie mogę zamilczeć i o ujemnych stronach metody Jurasza. Do tych ostatnich przedewszystkiem zaliczyć należy znaczną bolesność nietylko w okresie samego rękoczynu, lecz i w okresie pooperacyjnym. Sam rękoczyn w wysokim stopniu jest dla chorego nieprzyjemny. Daléj zdaniem mojem metoda ta zupełnie nie kwalifikuje się do leczenia ambulatoryjnego, wymaga bowiem ciągłéj obserwacyi ze względu na możliwe następstwa. Samo leczenie pooperacyjne jest niesłychanie żmudnem, możliwe są odleżyny. Wreszcie jeden z najpo-

ważniejszych zarzutów, jaki metodzie téj n. p. Schech robi, jest możliwość powrotów cierpienia.

Jak już wspomniałem przejście od ortopedycznego leczenia do krwawego stanowią: żegadło galwaniczne i elektroliza, o których obecnie mówić zamierzam. Niektórzy autorowie, jak M. Mackenzie i Pryson Delavan zamiast usuwać wygiętą część przegrody nosa radzą zniszczyć (wyciąć) odpowiednią muszlę i tym sposobem przywrócić drożność nosa. Słusznie jednak G. Stoker i Schech przeciw metodzie téj powstają. Z tem i ja się najzupełniéj zgadzam; w przypadkach jednak, jak to bardzo często ma miejsce (na 200 moich przyp. w 80), gdzie obok zboczenia (skrzywienia lub *cristae*) przegrody istnieje jednocześnie mniéj lub więcéj znaczny przerost odpowiedniéj (najczęściéj dolnéj) muszli, gdzie więc objawy zależeć mogą po części od *deviatio septi*, po części zaś od przerosłych muszel, zdaniem mojem należy, już ze względu na łatwiejszą manipulacyję, przedewszystkiem usunąć przerosłą część muszli najlepiéj na drodze galwanokaustycznéj (przy polipowatych muszlach pętlą, przy zwykłym przeroście najlepiéj ostry kauter pod postacią brózd, lub wkłówań).

Jeżeli procedura ta usunie nam albo zupełnie, albo w większéj części owe objawy (n. p. zaburzenia w oddechaniu), natenczas najlepiéj zboczenie przegrody, chociażby nawet znaczne, zostawić w spokoju, w przeciwnym zaś razie, gdy więc zaburzenia trwają w dalszym ciągu, przystąpić do operacyjnego leczenia *deviationis septi*. Przytem będziemy już mieli tą wyższość, że pole operacyjne będzie znacznie większe, co da nam możność dokładniejszego wykonania operacyi. Niemniéj i możliwość następczych (zwłaszcza po operacyjach galwanokaustycznych) zrostów staje się rzadką.

Żegadło galwaniczne jako metoda lecznicza zboczeń przegrody nosa ma dość pokaźne grono zwolenników, że wymienię tu tylko Patrzeka, G. Stokera, Jurasza, Voltoliniego, Schaeffera, Walshama i innych. Ja również do gorliwych adeptów galwanokaustyki się liczę: zarówno w skrzywieniach zwłaszcza kątowych (według klasyfikacyi G. Stokera), jakoteż w przypadkach ograniczonych zgrubień (*spinae, cristae*) chętnie stosuję żegadło i to pod różnemi postaciami (płaski i ostry kauter, wreszcie pętla dla niektórych ości).

Elektroliza, ta najmłodsza gałęź terapeutyczna, przy zboczeniach przegrody nosa znajduje także swych zwolenników i to przeważnie we Francyi, gdzie ją wprowadził do terapii *deviationis septi* pierwszy Miot, daléj Gazel, który odnośny komunikat odczytał na zjeździe laryngologów w Paryżu w 1889

roku, wreszcie Moure z Bordeaux, który jest niezwykle gorliwym propagatorem téj metody.

Wspólnie z prof. Bergonié ogłosił on w ostatnim numerze (grudzień, 1890 r.) *Journal of laryngology* pracę pod tytułem: *on deviations and spurs of the nasal septum.*

Autorowie z powodzeniem stosowali elektrolizę we wielu przypadkach skrzywień przegrody nosa z lub bez zgrubień, jakoteż przy wyrostkach kostnych, lub chrząstkowych. Używali oni podwójnéj metody: 1) tak zw. jednobiegunowéj (monopolarnéj) dodatniéj i 2) dwubiegunowéj (bipolarnéj) galwanopunktury.

Pierwsza polega na następującem postępowaniu: indiferentna (pomysłu Bergoniego), wielka elektroda umieszcza się między łopatkami chorego i łączy z ujemnym biegunem bateryi. Po znieczuleniu (kokainą) przegrody nosa wbija się stalową (gdyż łatwiéj wchodzi) igłę średnicy 0·8—1·5 mm., długości 8—11 ctm. mającą (służy tylko na raz) w centrum *deviationis* i jest ona połączona z dodatnim biegunem. W większości przypadków wystarcza siła 30 milliamperów. Rzecz prosta, że rheostat, jakoteż galwanometr są niezbędne. (Bardzo dobrym, wszelkim wymaganiom w zupełności odpowiadającym wydaje mi się aparat elektrolityczny pomysłu Hirschmana, znanego elektrotechnika berlińskiego, który widziałem na klinice prof. Krausego w Berlinie, gdzie Dr. Kutner, asystent kliniki, bardzo sumiennie od dawna prowadzi odnośne badania). Wracając do metody Mourea i Bergoniego, dodam, że posiedzenie trwa od 10—20 min. Druga metoda przez powyższych autorów stosowana przy *deviatio septi* różni się tem od pierwszéj, że niema indiferentnéj elektrody, natomiast dwie stalowe igły wbija się w wypukłą część przegrody tak, aby igła, znajdująca się w grubéj części była połączoną z dodatnim, druga zaś z ujemnym biegunem bateryi. Rzecz prosta, że igły w przebiegu swym dotykać się nie powinny. Wolne końce igieł powinny być dobrze izolowane za pomocą kauczukowéj rurki. Siła 20 milliamperów tutaj zupełnie wystarcza.

Co się tyczy wyboru obu metod, to wszędzie tam, gdzie igły łatwo dadzą się wprowadzić w skrzywioną przegrodę, należy używać dwubiegunowéj metody i *vice versa.* Tym sposobem monopolarna galwanopunktura rzadziéj znajduje zastosowanie, jak bipolarna.

Jakkolwiek w przypadkach *deviationis septi* elektrolizy nie stosowałem, to jednak opierając się na dotychczasowych moich doświadczeniach nad elektrolizą w przypadkach po-

większonych gruczołów limfatycznych szyjnych (*lymphadenitis colli*), jakoteż w przypadkach wola, o metodzie téj przedewszystkiem wyraziłbym się, że jest niesłychanie żmudną, wymagającą wielu posiedzeń, daléj jest ona bolesną i co najważniejsza nie zawsze do celu prowadzi, pominąwszy już ten fakt, że jako wymagająca bardzo drogich przyborów, nie każdemu z lekarzy, nawet specyjalistów dostępną być może. Nie chcę tu stanowczo utrzymywać, że w przypadkach *deviationis septi* elektroliza niema tego znaczenia, jaki jéj Moure i Bergonie przypisują, brak mi bowiem, jak to już powiedziałem, własnego doświadczenia pod tym względem. Sądziłbym jednak, że galwanokaustyka przynajmniéj w wielu razach daleko prędzéj prowadzi do celu.

Przystępuję obecnie do właściwego operacyjnego t. j. krwawego leczenia zboczeń przegrody nosa. Przedtem jednak uważam za stosowne opisać niektóre ważniejsze w tym celu używane narzędzia. Do nich przedewszystkiem należy:

1) n ó ż zwykłe bistouri; używamy go najczęściéj, jako pomocniczego instrumentu, n. p. dla przecięcia błony śluzowéj przed resekcyją chrząstki itd. Rzadziéj już noża używamy dla usunięcia *deviationis septi* lub wyrostków. W tym celu używają noża lub nożyc kostnych niektórzy autorowie, jak G. Stoker, Schech, Jurasz itd.

W tych razach jednak właściwszem jest użycie noża o tępym końcu, lub zaopatrzonego w główkę, a to aby uniknąć zranienia poza zboczeniem znajdujących się zdrowych części. Przytem użycie noża lub nożyc możliwe jest tylko w przypadkach miękkich, chrząstkowych zboczeń przegrody nosa n. p. u dzieci. Dodać winienem, że dla następczego oddzielenia przeciętéj błony śluzowéj używamy zwykłego *raspatorium*;

2) *écraseur* znajduje zwolennika w Jarvisie, który stosuje metodę tę również przy miękkich, tylko chrząstkowych zboczeniach *septi*. Należy przytem mieć jednę rzecz na uwadze, mianowicie zrobić uprzednio odpowiednie nacięcie chrząstki dla założenia pętli écraseura, inaczéj takowa zemknąć się może. Wogóle jednak metoda ta jest rzadko stosowaną;

3) częściéj natomiast nierównie w użyciu są p i ł y i to przeważnie pomysłu Bosworth z Now. Yorku. Z pomiędzy licznych zwolenników téj metody wymienić należy następujących autorów: Casselbery, Woakes, Rosenthal, Baratomi, Ficano, Monre i wielu innych. Ja również chętnie używam pił Bosworth. Mówię pił, gdyż potrzebne są dwie: jedna z zębami ku górze zwróconemi, druga ku dołowi (obie osa-

dzone na trzonku pod kątem rozwartym). Przy użyciu pił należy zachować pewne ostrożności. I tak: przedewszystkiem doskonale należy zakokainować dane miejsce, gdyż jest to metoda bardzo bolesna i to stanowi główną jej stronę ujemną. Daléj nie należy piłować, jak to np. widywałem w jednym ze specyjalnych szpitali w Londynie bez uprzedniego przecięcia i odpreparowania błony śluzowéj nad zboczeniem a to aby nie powiększać i tak już bolesnéj operacyi, nie powodować przez to zazwyczaj dość obfitego krwawienia, a co ważniejsza, nie wywoływać zgorzeli poszarpanych cząstek błony śluzowéj, co acz rzadko, jednak zdarzyć się może. Dalej piłę należy trzymać prosto, nie zbaczając na prawo lub lewo, piłować tylko chrząstkę lub kość, jednę połowę z góry, drugą z dołu, aż do zetknięcia się obu przepiłowanych części. Użycie w ten sposób 2 pił ma to do siebie przedewszystkiem, że uniknąć możemy zranienia części zdrowych.

Dodać zresztą winienem, że niektórzy autorowie używają tylko jednéj piły. Przy zachowaniu tych ostrożności gojenie następuje bez ropienia, bez tworzenia się następczych blizn; krwawienia znaczniejszego zazwyczaj nie bywa, może się jednak zdarzyć (Walsham). W ostatnich czasach zaczynają (w Ameryce) używać pił elektrycznych;

4) Do narzędzi, bez których obyć się nie można przy leczeniu operacyjnem zboczeń przegrody nosa zaliczyć należy różnéj wielkości i szerokości dłutka zwykłe, najlepiéj rowkowate, któremi po nacięciu i oddzieleniu błony śluz. usuwamy wypukłą część *septi*, zwłaszcza zaś wyrostki (*spinae*). Zwykle wystarcza siła ręki, czasami tylko posiłkujemy się lekkiemi uderzeniami młotka. Dłutek do powyższych celów używają Jurasz, Heymann, Seiler, Moure, Bresgen, Schaeffer i wielu innych i ja również chętnie je stosuję przedewszystkiem dla usunięcia wyrostków (*spinae*, *cristae*). Że leczenie pooperacyjne winno być ściśle antiseptyczne, nie potrzebuję dodawać;

5) W ostatnich czasach wśród angielskich, a jeszcze więcéj amerykańskich lekarzy wchodzi bardzo w użycie trepan zwykły przez dentystów używany (*dental drill*) lub elektryczny. Pierwszy stosują Hovell, Hill, Leunox Brown, Brouner itd. Elektryczny wprowadzony został przed kilku laty do terapii zboczeń przegrody nosa przez Jawisa z Now.-Yorku. Stosują go również Curtis, Mac Intyre, wreszcie Spicer z Londynu. Rzeczywiście, jak o tem miałem sposobność przekonać się, elektryczny trepan ma stanowczo wyższość nad zwykłym, jakkolwiek muszę przyznać, że wogóle do

zwolenników trepanów się nie zaliczam. Ujemną ich stronę stanowi to, że zostawiają zawsze nierówną powierzchnię. G. Stoker jest również tego zdania. Oto są główniejsze narzędzia przy zboczeniach przegrody nosa napotykane. Obecnie przechodzę do opisu niektórych krwawych operacyj tego cierpienia.

Jeszcze w połowie 19 go wieku Dieffenbach wycinał z wypukłéj części *septi* kawałki (owalne) chrząstki. Mniéj więcéj w podobny sposób postępowali i inni chirurgowie, jak Chassaignac, Demarquay i Langenbeck. Blaudin, Rupprecht i Roser używali w tym celu osobnego instrumentu, kleszczyków dziurawiących na podobieństwo tych, jakich używają na kolejach do stemplowania biletów. Metoda ta jednak, polegająca na sztucznéj perforacyi przegrody, ma swe ujemne strony (Schech, Moure): 1) dostęp dla instrumentu ze względu na znaczne zazwyczaj zwężenie jamy nosowéj jest bardzo trudny; 2) co ważniejsza samo zboczenie resp. następstwa jego dla ustroju pozostają bez zmiany, chociaż bowiem powietrze przez sztuczny otwór dostaje się do zwężonéj jamy, lecz zatrzymywanie się śluzu itd. w dalszym ciągu pozostają. Przytem jest to metoda bolesna. Hartman i Petersen postępują inaczéj: po uprzedniem oddzieleniu błony śluz. z wypukłéj części przegrody wycinają kostnemi nożycami kawałek chrząstki wielkości 10 fenigówki, poczem błonę śluzową zaszywają i wkładają rurki gumowe dla utrzymania przegrody w odpowiedniéj pozycyi.

Baecker zamiast nożyc używał przez siebie skonstruowanych kleszczy. Metoda ta ma wyższość nad poprzedzającą, lecz również jest bolesną.

W ostatnich czasach Krieg podał nową metodę, polegającą na resekcyi *cart. quadrangularis* wraz z błoną śluzową (nacięcie błony śluz. w kształcie prostokąta, wycięcie z błony śluzowéj i chrząstki tyle, ile potrzeba dla usunięcia zwężenia, poczem tampon z waty, jodoform). Metoda ta jednak nie zyskała zwolenników ze względu na bolesność i mocne krwawienie (Schech).

Jonathan Wright postępuje w następujący sposób: po zakokainowaniu wytwarza w *septum cartilaginosum* za pomocą elekromotorowego trepana kanał okrągły w kierunku od przodu ku tyłowi na największéj wypukłości *septi*, kanał głęboki aż do błony śluzowéj strony przeciwnéj lecz bez perforacyi. Poczem piłę elektryczną (można użyć i zwykłéj Boswortha) wprowadza się w kanał, oddzielając odcinki zewnętrzne od wewnątrz leżących; trzymać się przytem ściśle należy linii

pośrodkowéj. Tym sposobem spory segment zgrubiałéj chrząstki z wypukłości przegrody można usunąć. Zbyt skomplikowana to jednak metoda, aby prawo obywatelstwa zyskać sobie mogła.

Roberts resekuje chrząstkę pod błoną śluzową i unika przez to perforacyi. Ash za pomocą specyjalnych nożyc (tępy koniec do zwężonéj, ostry do rozszerzonéj jamy) robi cięcie na krzyż, poczem wprowadzonym do zwężonéj jamy dłutkiem wywiera ucisk na przegrodę, prostuje ją i za pomocą odpowiednich przyrządów utrzymuje w nadanéj pozycyi. Jestto również wysoce skomplikowana metoda.

Na zaznaczenie natomiast zasługuje metoda Schecha, mająca tę dodatnią stronę, że nie jest skomplikowaną: resekuje on za pomocą główkowatego noża wypukłą część przegrody w całéj grubości t. j. z perforacyją co bynajmniéj szkodliwem nie jest i zmian żadnych w zewnętrznéj formie nosa za sobą nie pociąga.

Wszystkie te, powyżéj opisane operacyje krwawe, usunięcie zboczeń przegrody nosa na celu mające zawsze, zdaniem mojem napotykać będą na wielkie przeszkody, co do ich rozpowszechnienia. Mają one bowiem wiele stron ujemnych: i tak są to niesłychanie bolesne rękoczyny, nie pomaga tu zwykłe zastosowanie kokainy pod postacią pędzlowań, trzeba użyć podśluzowych injekcyj; daléj krwawienie przy nich jest zawsze mniéj lub więcéj obfite, sama operacyja ciężka, leczenie zaś pooperacyjne żmudne; nie zawsze prowadzi do celu, czasami następują zrosty z muszlami. Na wyróżnienie ze wszystkich powyżéj przytoczonych metod zasługują zdaniem mojem: 1) Hartmana i Petersena, a jeszcze bardziéj 2) Schecha. Téj ostatniéj metody i ja w wyjątkowych wprawdzie razach się trzymam. Wogóle zaś do zwolenników krwawéj operacyi przy *deviatio septi* się nie liczę. Zresztą nadmienić muszę, że bardzo rzadko zboczenie przegrody nosa jest w takim stopniu wyrażone, aby wymagało tak ciężkich rękoczynów. Nadużyć zaś strzec się pilnie należy.

Co się tyczy specyjalnie leczenia operacyjnego ograniczonych zgrubień przegrody nosa (*spinae*, *cristae* i t. d.), to o tem już po części wspominałem, mówiąc o leczeniu wogóle *deviationis septi*. Najlepiéj, zdaniem mojem, usuwać je żegadłem galwanicznem (Jurasz), można z korzyścią zastosować i piły Bosworthа (Schech), jakoteż dłutka i t d. Te ostatnie jednak zawsze, jak to już wspominałem, po uprzedniem oddzieleniu błony śluzowéj.

Co się tyczy leczenia pooperacyjnego, to polega ono przedewszystkiem na utrzymaniu wyprostowanéj przegrody w nadanéj jéj pozycyi. Ku temu służą różnorodne środki, jakoto rurki gumowe, *bougies*, czopki z waty, blaszki z kości słoniowéj i t. d. Leczenie pooperacyjne jest niesłychanéj wagi, od niego przedewszystkiem zależy pomyślny rezultat operacyi. Samo się przez się rozumie, że zarówno podczas, jak i po operacyi winniśmy zachować jak najściślejsze zasady antiseptyki.

Na zakończenie wspomnieć mi należy o jeszcze jednéj metodzie leczenia zboczeń przegrody nosa. Mam tu na myśli tę odrębną formę *deviationis septi*, która częstokroć jedynie ze względów estetycznych, ze względu na mniéj lub więcéj wyrażoną defiguracyję nosa, daje powód do operacyjnéj interwencyi. O formie téj w swojem miejscu szczegółowo wspominałem, podając dla niéj, jako charakterystyczną cechę to, że przegroda chrząstkowa nie znajduje się na jednéj linii z przegrodą błoniastą.

Jurasz w razach tych postępuje w następujący sposób: przeciąwszy błonę śluzową na wypukłości *septi* resp. jéj przedniego brzegu, oddziela ją od chrząstki, poczem nożem główkowym wycina część wystającą (brzeg) przegrody. Po zeszyciu błony śluzowéj wstawia tampon z waty jodoformowéj lub sublimatowéj. Zwykle następuje *prima intentio*. Metody powyższéj i ja w odpowiednich przypadkach się trzymam.

Na tem kończę swoję pracę: „o zboczeniach przegrody nosa“. Z umysłu nie przytaczam szczegółowéj kazuistyki spostrzeganych i operowanych przezemnie przypadków, ażeby nie powiększać rozmiarów i tak zbyt już może obszernéj pracy.

Warszawa, dnia 30/12 1890 r.

LITERATURA: 1) Jurasz: „Ueber die Behandlung hochgradiger Verkrümmungen der Nasenscheidewand“, Berl. klin. Woch., 1882, 4. — 2) Heymann: „Ueber Correction der Nasenscheidewand“, Berl. klin. Woch., 1886, 20. — 3) Hubert: „Ueber die Verkrümmung der Nasenscheidewand und deren Behandlung“, Münch. m. Woch., 19—20, 1886, Ref. w J. C., 1887, p. 164. — 4) Krieg: „Resection der Cartilago quadrangularis septi narium zur Heilung der Scoliosis septi“, Med. Corr. d. Würt. itd., 1886, Ref. w J. C., 1887, p. 429. — 5) Gleitsmann: „Deviation of the nasal septum“, Am. Jour., 1885, Ref. w J. C., 1886,

p. 532. — 6) Cozzolino: „Deviazioni del setto nasale, delle osse e cartilagini nasali“, Ref. w J. C., 1887, p. 163. — 7) Baumgarten: „Ueber die Ursachen der Verbiegungen der Nasenscheidewand“, Deut. med. Woch., 1886, 22, p. 313. — 8) Löwy: „Ueber Verkrümmungen der Nasenscheidewand“, Berl. klin. Woch., 1886, 47. — 9) Bosworth: „Deformities of the nasal septum. A new operation for their correction“ itd., N. Y. med. Jour., 1887, Ref. w J. C., 1888, p. 116. — 10) Bryson Delavan: „On the Etiology of deflections of the nasal septum“, N. Y. med. Jour., 1887, Ref. w Jour. of Lar., 1888. 3. — 11) Jarvis: The indications for the surgical treatment of the deflectei nasal septum“ itd., N. Y. med. Rec. 1888, Ref. w J. C., 1889, p. 461. — 12) George Stoker: „Deviations of the nasal septum“, London, 1888. — 13) Rosenthal: „Malformations of the nasal septum“ itd. Thèse-Paris, 1888, Ref. w Jour. of Lar., 1889, p. 104. — 14) Stan: „Przyczynek do leczenia zboczeń przegrody nosa“, Przegl. Lek., 1888, p. 146. — 15) Garel: „Die Electrolyse bei Verstopfung der Nase“ itd., Ref. w J. C., 1890, p. 129. — 16) Knight: „The diagnosis and treatment of certain forms of rhinitis“, N. Y. med. Jour., 1889, Ref. w J. C., 1890, p. 97. — 17) Brouner: „On the use of the dental drill in the treatment of deviations and spurs of the nasal septum“, Jour. of Lar., 1890, p. 282. — 18) Woakes i Walsham: „On the Etiology, significance and treatment of spurs and deflections of the nasal septum“, Jour. of Lar., 1890, p. 427 (Nr. 10). — 19) Simanowsky: „On deviations of the nasal septum“, Wracz 37, 1890, Ref. w Jour. of Lar., 1890, p. 470. — 20) Löwe: „Ueber die Exostosen der Nasenscheidewand“, Int. Centr., 1890, p. 171. 21) Hartmann: „Deviationen und cristae des Septum narium“, J. C., 1890, p. 170. — 22) Moure i Bergonié: „On deviations and spurs of the nasal septum“, Jour. of Lar., 1890, Nr. 12, p 495. — 23) Schaeffer: Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie, 1885, Ref. w J. C., 1886, p. 350. — 24) Parker: „Case of anosmia, associated with bony stenosis“ itd., 1885, Ref. w I. C., 1887 p. 40. — 25) Roux: „Deviation de la cloison du nez“, 1886, Ref. w J. C.. 1887, p. 164. — 26) Van der Poel: „Deviations of the nasal septum“, N. Y. med. Rec., 1886, Ref. w J. C. 1887, p. 162. — 27) Natier: Deux cas de deviations de la cloison du nez“, 1887, Ref. w J. C., 1889, p. 58. — 28) Creswell Baber: „Ramoval of cartilagineous projection from septum nasi“, 1887, Ref. w J. C., 1887, p. 429. — 29) Hinker: „Irregularities of the septum narium“ itd., 1887, Ref w J. of Lar., 1888, p. 232. — 30) Bresgen: „Enstehnng, Bedeutung nnd Behandlug der Verkrümmungen und kallösen Verdickungen der Nasenscheidewand“, Wien. med. Pres., 1887, Ref. w J. C., 1888, p. 118. — 31) Holbrook Curtis: „The nasal trephine and its advantages“ itd., N. Y. m. J., 1887, Ref. w I. C., 1888 p. 306. 32) Ficano: „Deformitá o corno del setto nasale“ itd., 1887, Ref. w J. C. 1889, p. 57. — 33) Hunter Mackenzie: „Reversible nasal saw“. Lancet 1887, 24. — 34) Seiler: „Ecchondroses of the septum narium“ itd., N. Y. m. R. 1888, Ref. w J. C., 1889, p. 461. — 35) Garrigon Desarénes: „Gerade-Richter für die Nasenscheidewand“, 1888, Ref. w J. C., 1889, p. 604. — 36) Boucher. „Caso di considerevole incurvamento del setto“ itd., 1888, Ref. w I. C, 1889, p. 151. — 37) Miot: „Verdickung der dreieckigen Platte der Nasenscheidewand“. I. C., 1889, p. 531. — 38) Baratoux: „Ueber eine Form der Nasentenose“, I. C., 1889, p. 531. 39) Jonathan Wright: An operation for correcting deviation“ itd., N. Y. m. R. 1890. Ref. w I. C., 1890, p. 246. — 40) Roberts: „Submucous resection of cartilage in dev.“ itd. 1890, Ref. w I. C., 1890, p. 246 (6).

41) Patrzek: „Ueber Verbiegung der Nasenscheidewand bei Neugeborenen“ 1890, Ref. I. C. 1890, p. 215. — 42) M. Mackenzie: „Die Krankheiten des Halses und der Nase“. 1884, II. tom, p. 612. — 43) Moure: „Manuel pratique des maladies des fosses nasales“, 1886, p. 218. — 44) Moldenhauer: „Die Krankheiten der Nasenhöhle“, 1886, p. 54. — 45) Voltolini: „Die Krankheiten der Nase“, 1888, II. wydanie, p. 108. 46) Schech: „Die Krankheiten der Mundhöhle, des Racheus und der Nase, III. wydanie, 1890, p. 240. — 47) Zuckerkandl: „Anatomie der Nasenhöhle“, 1882, p. 45.

B J C